

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3150/2010

ATAS/1293/2010

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 2**

**du 14 décembre 2010**

En la cause

Monsieur I \_\_\_\_\_, domicilié à Bernex

recourant

contre

INTRAS, Droit & Compliance, sise Tribtschenstrasse 21,  
6005 Lucerne

intimée

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Diane BROTO et Eugen MAGYARI,  
Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur I\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré) était affilié auprès de la caisse de maladie INTRAS, pour l'assurance obligatoire des soins LAMal.
2. Par pli du 13 novembre 2009, l'assuré a informé INTRAS de sa volonté de démissionner de la caisse-maladie, avec effet au 31 décembre 2009.
3. Par pli du 18 novembre 2009, INTRAS a confirmé à l'assuré que son affiliation prendrait fin le 31 décembre 2009, pour autant qu'à cette date, le nouvel assureur lui ait adressé une attestation prouvant qu'il l'assure sans interruption de la protection d'assurance et que les primes et participations soient entièrement payées.
4. Par pli du 19 novembre 2009, HELSANA ASSURANCES SA a confirmé à l'assuré son affiliation dès le 1<sup>er</sup> janvier 2010.
5. Le 15 décembre 2009, HELSANA a adressé au groupe CSS, dont INTRAS fait partie, la liste des confirmations d'affiliation d'assurés à HELSANA dès le 1<sup>er</sup> janvier 2010.
6. L'assuré a payé ses primes, franchise et participations dès le 1<sup>er</sup> janvier 2010, à HELSANA.

INTRAS a toutefois continué à adresser à l'assuré des décomptes de primes d'assurance, des rappels, des sommations et des courriers généraux (regroupement d'INTRAS auprès de la CSS, jeux d'étiquettes, carte d'assuré, etc.) les 8 février, 8 mars, 12 avril, 19 avril, 7 mai, 12 mai, 26 mai (2 courriers), 5 juin.

L'assuré indique avoir téléphoné à l'assurance, renvoyé l'un des décomptes de prime annoté pour rappeler qu'il était assuré auprès d'HELSANA.

7. Par pli du 12 juin 2010 à INTRAS, l'assuré fait référence à un appel téléphonique, un courrier et le renvoi d'un des rappels, précisant, en caractère gras et police de caractère immense, qu'il n'est plus assuré auprès de cette caisse-maladie depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010.

Les décomptes de primes et rappels continuent, les 19 juin (2 courriers) et 10 juillet 2010.

8. Par pli recommandé du 2 août 2010, l'assuré rappelle qu'il n'est plus assuré chez INTRAS, exige, d'ici au 18 août 2010, une décision en bonne et due forme si l'affiliation est maintenue, le paiement de 50 fr., à titre de dédommagement pour tous les frais occasionnés (deux envois postaux, trois recommandés et téléphones), ainsi que la copie du dossier (dix-huit pages, pour un total de 30 fr. par analogie

avec l'art. 15 de l'ordonnance sur les frais et indemnités en procédure administrative).

9. L'assuré s'est adressé, le même jour, à SANTE SUISSE et à l'Office fédéral de la santé publique.
10. Des rappels et sommations ont encore été adressés à l'assuré le 24 juillet (2 courriers).
11. Par pli du 6 août 2010, INTRAS indique à l'assuré : « actuellement occupés au traitement de ce dossier, nous ne manquerons pas de vous communiquer notre position dans les meilleurs délais ».
12. Par pli recommandé du 25 août 2010, l'assuré s'adresse à INTRAS, réclamant un courrier ou une décision d'ici le 30 août 2010, à défaut de quoi il agira par la voie judiciaire. Il réclame désormais 57 fr. (50 fr. selon le courrier du 2 août 2010, ainsi que le présent recommandé et les courriers prioritaires à la direction d'INTRAS et à l'OFSP).
13. Par acte du 1<sup>er</sup> septembre 2010, l'assuré agit pour déni de justice devant le Tribunal de céans.  
  
Par une erreur du greffe, ce courrier est adressé à INTRAS ASSURANCES comme objet de sa compétence.
14. L'assuré confirme, le 13 septembre 2010, qu'il entend bien saisir le Tribunal de céans d'un recours pour déni de justice.
15. Par pli du 7 octobre, le Tribunal de céans interpelle INTRAS et HELSANA pour déterminer si HELSANA a adressé l'attestation démontrant l'affiliation de l'assuré auprès d'elle depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010 en temps utile à INTRAS.
16. Un délai pour répondre au recours est imparti à INTRAS au 19 octobre 2010.
17. Dans un long courrier du 19 octobre 2010, INTRAS se plaint du fait que le Tribunal n'a pas adressé le courrier à la bonne adresse, compte tenu de l'intégration d'INTRAS au sein du groupe CSS, et sollicite une prolongation du délai.
18. Par pli du 27 octobre 2010, HELSANA confirme avoir transmis l'attestation d'affiliation au groupe CSS, mentionnant par erreur l'assurance AUXILIA, une autre entité du groupe, mais estimant qu'il appartenait à AUXILIA de transmettre le courrier à INTRAS.
19. Par pli du 4 octobre 2010, INTRAS confirme à l'assuré qu'après analyse de la situation, elle doit admettre que l'assurance a été régulièrement résiliée et que c'est

à tort que l'affiliation a été maintenue. INTRAS déplore les désagréments occasionnés et adresse ses salutations à l'assuré.

20. Par mémoire-réponse du 15 novembre 2010, INTRAS soulève l'irrecevabilité du recours, au prétexte que le recours de l'assuré du 1<sup>er</sup> septembre 2010, adressé par erreur à INTRAS pour raison de compétence, n'a pas valeur de notification, de sorte que la notification formelle du recours à l'intimée est intervenue le 14 octobre 2010 seulement, soit postérieurement à l'acceptation de la résiliation, le 4 octobre 2010. Subsidiairement, le recours est devenu sans objet, puisque la résiliation a été acceptée. INTRAS fait valoir par ailleurs qu'elle n'a commis aucun déni de justice. Finalement, l'assuré n'a pas droit à des dépens, faute de s'être fait représenter pour faire valoir ses droits en justice.
21. Par pli du 17 novembre 2010, le Tribunal invite l'assuré à retirer son recours, dès lors qu'il ne porte plus que sur le remboursement de 57 fr.
22. Par un long mémoire du 19 novembre 2010, l'assuré, revenant sur l'intégralité du dossier, maintient son recours, invoque notamment la CEDH et fait valoir qu'il a droit à des dépens, même en l'absence d'avocat ou de protection juridique.
23. La cause a été gardée à juger le 22 novembre 2010.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 4 et let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique tant des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10) que des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal, et à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20), relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA ; RS 221.229.1).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Le recours de l'assuré, déposé le 1<sup>er</sup> septembre 2010 pour déni de justice, est recevable.
3. a) L'art. 29 al. 1<sup>er</sup> de la Constitution fédérale dispose que toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable. À l'instar de l'art. 6 par. 1 de la Convention européenne des droits de l'homme – qui n'offre, à cet égard, pas une

---

protection plus étendue (RCC 1978 p. 325 consid. 2) –, cette disposition consacre le principe de la célérité, autrement dit prohibe le retard injustifié à statuer. L'autorité viole cette garantie constitutionnelle lorsqu'elle ne rend pas la décision qu'il lui incombe de prendre dans le délai prescrit par la loi ou dans un délai que la nature de l'affaire ainsi que toutes les autres circonstances font apparaître comme raisonnable (ATF 124 I 139 consid. 2c ; ATFA non publié du 11 mai 2007, I946/05, consid. 5.1).

b) L'art. 56 al. 2 LPGA vise le refus de statuer et le retard à statuer d'un assureur ou d'une autorité administrative. Il y a retard injustifié de la part de l'autorité lorsqu'elle diffère sa décision au-delà de tout délai raisonnable. Le caractère raisonnable d'une procédure s'apprécie en fonction des circonstances particulières de la cause, lesquelles commandent généralement une évaluation globale. Il faut notamment prendre en considération l'ampleur et la difficulté de celle-ci, ainsi que le comportement du justiciable, mais non des circonstances sans rapport avec le litige, telle une surcharge de travail de l'autorité (ATF 125 V 188 consid. 2a). À cet égard, la jurisprudence rendue avant l'entrée en vigueur de la loi demeure applicable, la LPGA n'ayant apporté aucune modification à la notion du déni de justice (cf. KIESER, ATSG-Kommentar, Zürich 2003, n. 10, 13 et 14 *ad* art. 56).

Entre autres critères sont notamment déterminants le degré de complexité de l'affaire, l'enjeu que revêt le litige pour l'intéressé ainsi que le comportement de celui-ci et le comportement de l'autorité compétente (ATF 124 I 139 consid. 2c, 119 Ib 311 consid. 5b et les références). En particulier, il appartient au justiciable d'entreprendre ce qui est en son pouvoir pour que l'autorité fasse diligence, que ce soit en l'invitant à accélérer la procédure ou en recourant, le cas échéant, pour retard injustifié (ATF 107 Ib 155 consid. 2b et c). Cette obligation s'apprécie toutefois avec moins de rigueur en procédure administrative (AUER/MALINVERNI/HOTTELIER, Droit constitutionnel suisse, vol. II, n. 1243). On ne saurait par ailleurs reprocher à une autorité quelques temps morts, qui sont inévitables dans une procédure (cf. ATF 124 et 119 précités), mais une organisation déficiente ou une surcharge structurelle ne sauraient en justifier la lenteur excessive (ATF 122 IV 103 consid. I/4, 107 Ib 160 consid. 3c) ; il appartient en effet à l'État d'organiser ses autorités et de fournir les moyens matériels nécessaires à leur fonctionnement normal, sous réserve qu'à l'impossible nul n'est tenu (cf ATF 119 III 1 consid. 3 ; BOVAY, Procédure administrative, Berne 2000, pp. 170 ss ; KNAPP, Précis de droit administratif, Bâle 1991, n. 633). Dans le cadre d'une appréciation d'ensemble, il faut également tenir compte du fait qu'en matière d'assurances sociales le législateur accorde une importance particulière à une liquidation rapide des procès (ATF 126 V 249 consid. 4a).

Cela étant, l'autorité saisie d'un recours pour retard injustifié ne saurait se substituer à l'autorité précédente pour statuer au fond. Elle ne peut qu'inviter

l'autorité concernée à statuer à bref délai (ATFA du 27 mars 2006, cause U 23/05, consid. 6).

c) Le Tribunal cantonal des assurances avait admis le recours d'un assuré et renvoyé la cause à l'office cantonal compétent pour nouvelles décisions en matière d'assurance-invalidité ; deux mois plus tard, le recourant a requis de l'administration qu'elle rende ses nouvelles décisions sans tarder ; moins de six mois plus tard, l'assuré a déposé plainte pour déni de justice ; trois mois plus tard encore, l'administration a rendu ses nouvelles décisions ; le Tribunal fédéral a jugé que, dans ces circonstances, l'administration n'avait pas commis un déni de justice (ATFA du 15 juin 2006, I 241/04, consid. 3.2).

Le Tribunal de céans a pour sa part jugé qu'un déni de justice doit être considéré comme établi quand l'assureur-maladie ne s'est pas formellement prononcé deux ans et demi après une demande de remboursement (ATAS/354/2007). Il en a jugé de même dans le cas d'un recourant qui était sans nouvelle de l'office cantonal de l'assurance-invalidité vingt et un mois après le dépôt d'une demande de révision qui avait été traitée diligemment dans un premier temps (ATAS/860/2006), et dix-huit mois après que la cause ait été renvoyée à l'office pour nouvelle décision suite à l'admission partielle de son recours (ATAS/62/2007). Il a nié tout déni de justice dans un cas où un délai de six mois s'était écoulé entre un arrêt et la décision de l'administration exécutant celui-ci (ATAS/1108/2009).

d) La sanction du dépassement du délai raisonnable ou adéquat consiste d'abord dans la constatation de la violation du principe de célérité, qui constitue une forme de réparation pour celui qui en est la victime. Cette constatation peut également jouer un rôle sur la répartition des frais et dépens, dans l'optique d'une réparation morale (ATF 130 I 312 consid. 5.3, 129 V 411 consid. 1.3).

Conformément à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances, le recourant y a droit même lorsque la procédure est sans objet, pour autant que les chances de succès du procès le justifient (ATF 110 V 57 consid. 2a ; RCC 1989 p. 318 consid. 2b).

Le fait que la caisse ait rendu une décision ne signifie pas pour autant que la procédure ouverte auprès du Tribunal de céans aurait eu des chances de succès, car celles-ci dépendent des règles applicables au déni de justice.

L'autorité cantonale chargée de fixer l'indemnité de dépens jouit d'un large pouvoir d'appréciation (ATF 111 V 49 consid. 4a). Le recourant qui obtient gain de cause a droit à des dépens fixés en fonction du nombre d'échanges d'écritures, de l'importance et de la pertinence des écritures, de la complexité de l'affaire et du nombre d'audiences et d'actes d'instruction (cf. GRISEL, Traité de droit administratif, p. 848).

Pour apprécier l'importance du travail et du temps consacré à la cause, il faut tenir compte du fait que le procès en matière d'assurance sociale est gouverné par la maxime inquisitoire, ce qui, dans de nombreux cas, est de nature à faciliter la tâche du mandataire. Quant à l'activité de celui-ci, elle ne doit être prise en considération que dans la mesure où elle s'inscrit raisonnablement dans le cadre de l'accomplissement de sa tâche, à l'exclusion des démarches inutiles ou superflues. En outre, les démarches que le mandataire a entreprises avant l'ouverture de la procédure n'entrent pas en ligne de compte pour déterminer le montant des honoraires. On tiendra compte, dans ce contexte, des conséquences économiques qu'aura pour l'intéressé l'issue de la procédure (ATF 114 V 87 consid. 4 ; ATFA non publié du 23 janvier 2006, I 699/04, consid. 2).

4. L'assuré a valablement résilié son contrat d'assurance en novembre 2009 et son affiliation auprès d'HELSANA a été confirmée le 15 janvier 2010.

C'est donc manifestement à tort qu'INTRAS a continué à lui réclamer le paiement des primes par d'incessants rappels et sommations.

L'assuré affirme, sans le prouver, avoir plusieurs fois téléphoné à l'assurance et adressé des courriers avant son premier pli recommandé datant du 12 juin 2010. Il adresse un second courrier le 2 août 2010 et, malgré l'accusé de réception d'INTRAS du 6 août 2010, le prie de patienter, l'assuré fixe, par pli du 25 août 2010, un ultimatum à la caisse au 30 août 2010 et saisit la justice le 1<sup>er</sup> septembre 2010.

C'est finalement après l'intervention de l'Office fédéral de la santé publique auprès d'INTRAS le 31 août 2010 et la transmission du recours du 1<sup>er</sup> septembre 2010 par le Tribunal que l'assurance confirme à l'assuré, le 4 octobre 2010, l'acceptation de sa résiliation avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2010.

En premier lieu, le Tribunal retiendra que l'irritation de l'assuré face au silence obstiné de son assureur est compréhensible. Toutefois, sa première intervention écrite date du 12 juin 2010 et il obtient satisfaction le 4 octobre 2010, soit moins de quatre mois plus tard. Le Tribunal de céans ne peut donc pas retenir, eu égard à la jurisprudence qui précède, que l'assurance a commis un déni de justice qui donnerait droit à l'octroi de dépens. Certes, le délai admissible pris pour statuer est d'autant moins long que la cause est simple, comme dans le cas d'espèce. Toutefois, et compte tenu notamment de l'imprécision d'adressage du courrier d'HELSANA, ayant mentionné AUXILIA au lieu d'INTRAS, toutes deux du groupe CSS, un délai de 4 mois, voire de 6 mois si l'assuré a écrit en mars 2009 ne constitue pas encore un déni de justice.

En second lieu, le Tribunal relèvera que les interventions tous azimuts de l'assuré sont quelque peu disproportionnées par rapport à l'ampleur du litige et que, tant les Tribunaux que les offices fédéraux ne sont pas des lieux d'exercice de ses

connaissances juridiques. De plus, à réception du courrier d'INTRAS du 6 août 2010, l'assuré devait faire preuve d'un peu de patience avant de fixer des délais de plus en plus courts.

En troisième lieu, la motivation de l'assurance pour déclarer le recours irrecevable procède d'une mauvaise foi manifeste. En effet, c'est après l'intervention de l'Office fédéral de la santé publique, et à réception du recours de l'assuré du 1<sup>er</sup> septembre 2010, que l'assurance a, un mois plus tard, accepté la résiliation. C'est donc bien suite au recours pour déni de justice de l'assuré que l'assurance a, finalement, pris sérieusement connaissance du dossier et donné satisfaction à l'assuré.

En dernier lieu, l'octroi de dépens à l'assuré est exclu, et ce pour plusieurs motifs. Le Tribunal a estimé que le trop long délai pris par l'assurance pour répondre à l'assuré ne constitue par pour autant un déni de justice, de sorte que si le recours avait encore un objet, il aurait été rejeté. De plus, les frais antérieurs à l'ouverture de la procédure n'entrent pas en ligne de compte pour fixer l'émolument, mais doivent, le cas échéant, être réclamés directement à l'assurance. Finalement, il était parfaitement inutile d'adresser des plis recommandés à SANTE SUISSE et à l'Office fédéral de la santé publique, un courrier ordinaire suffisant, de sorte que les seuls frais de l'assuré se résument finalement à deux envois recommandés à l'assurance, d'une somme de 10 fr.

5. La résiliation du contrat d'assurance ayant finalement été admise par INTRAS, le recours pour déni de justice est sans objet. S'agissant du maintien des conclusions en paiement des dépens, le recours est rejeté.

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Constate que le recours est sans objet, s'agissant du déni de justice et le rejette, s'agissant de la condamnation aux dépens.
3. Dit que la procédure est gratuite.

Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110) auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Florence SCHMUTZ

Sabina MASCOTTO

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le